

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

THESE

N° 419

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

par

Berthe HALLOUIN

Née le 29 Avril 1911, à Paris.

**Traitement de la Blennorragie féminine
par les Injections intra-musculaires
de 693 injectable (Soludagénan)**

**Traitements locaux des Bartholinites,
Skénites et Urétrites
par Injections locales de Soludagénan**

(Travail de l'Hôpital Saint-Lazare)

Service du Dr FERNET

Président : M. GOUGEROT, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE FOULON

29, Rue Deparcieux, 29

1940

21A



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552813_0034

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

par

Berthe HALLOUIN

Née le 29 Avril 1911, à Paris.

**Traitement de la Blennorragie féminine
par les Injections intra-musculaires
de 693 injectable (Soludagénan)**

**Traitements locaux des Bartholinites,
Skénites et Urétrites
par Injections locales de Soludagénan**

(Travail de l'Hôpital Saint-Lazare)

Service du Dr FERNET

Président : M. GOUGEROT, professeur.

PARIS
IMPRIMERIE FOULON
29, Rue Deparcieux, 29

1940

LE DOYEN TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLERY-
	RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	LOEPER.
	RATHERY.
	LEREBOULLET.
	NOBECOURT.
Clinique médicale	
Hygiène et clinique de la première enfance	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux	CUNEO.
Clinique des maladies infectieuses	GOSSET.
Clinique chirurgicale	GREGOIRE.
	LENORMANT.
	VELTER.
Clinique ophtalmologique	CHEVASSU.
Clinique urologique	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique d'accouchements	LEVY-SOLAL.
	MOCQUOT.
Clinique gynécologique	OMBREDANNE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	HARVIER.
Clinique thérapeutique médicale	LEMAITRE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	Pierre Duval.
Clinique thérapeutique chirurgicale	M. VILLARET.
Clinique propédeutique	TROISIER.
Clinique de la Tuberculose	MATHIEU.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte ..	LAUBRY.
Clinique de cardiologie	Clovis VINCENT.
Clinique de neuro-chirurgie	N...
Assistance Médico-sociale	HAZARD.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	GIROUD	Histologie.
BARIETY	Pathologie médicale.	HALPHEN	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne).	Pathologie médicale.	HAGUENAU	Oto - rhino - laryngologie.
BESANÇON (Justin).	Hydrologie.	JOANNON	Hygiène.
BONNET	Bactériologie.	LACOMME	Obstétrique.
BOULANGER	Chimie.	LANTUEJOL ..	Obstétrique.
BOULIN	Pathologie médicale.	LAVIER	Parasitologie.
BROUET	Pathologie médicale.	LELONG	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.	LENEGRE	Pathologie expérimentale.
CACHERA	Pathologie médicale.	LEMAIRE	Pathologie médicale.
CORDIER	Anatomie.	Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
COSTE	Pathologie médicale.	MARCHAL	Pathologie médicale.
COUVELAIRE (Roger).	Urologie.	MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
DELARUE	Anatomie pathologique.	MOLLARET	Pathologie médicale.
DELAY	Pathologie médicale.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
DEGREZ (H.)	Physique.	PATEL	Pathologie chirurgicale.
DESOILLE	Médecine légale.	PETIT - DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.
DIGONNET	Obstétrique.	RENARD	Ophtalmologie.
DOGNON	Physique.	RICHET	Physiologie.
FEVRE	Pathologie chirurgicale.	SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
FUNCK - BRENTANO.	Pathologie chirurgicale.	SICARD	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.	SOULIE	Pathologie médicale.
GARCIN	Pathologie médicale.	SUREAU	Obstétrique.
Mlle GAUTHIER-VILLARS.	Anatomie pathologique.	TURPIN	Pathologie médicale.
GAYET	Physiologie	WILMOTH	Pathologie chirurgicale.
DE GENNES	Pathologie médicale.		

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Obstétrique.	LE LORIER	Obstétrique.
CHAILLEY-BERT.	Physiologie.	NEVEU-LEMAIRE.	Parasitologie.
GUENIOT	Pharmacologie.	VAUDESCAL	Obstétrique.
HEITZ-BOYER ..	Pathologie chirurgicale.		

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.
ALAJOUANINE ..
BRULE
CATHALA
CHABROL
CHEVALLIER ...
DONZELOT
DUVOIR
GASTINEL
HUGUENIN
LAROCHE (G.) ..
LIAN
MOREAU
PIEDELIEVRE ..
SEZARY

Clinique
médicale.

MM.
BASSET
BROCO
CADENAT
GATELLIER
de GAUDART
d'ALLAINES ..
LEVEUF
MOULONGUET ..
MOURE
QUENU

Clinique
chirurgicale.

MM.
EGALLE
METZGER
PORTES
VIGNES

Clinique
obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
LEDoux-LEBARD Radiologie clinique.
RUPPE Stomatologie.
WEIL-HALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

A MA MERE

A MON MARI

A MES FRERES ET BELLES-SŒURS

A MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT

Professeur de clinique
des maladies cutanées et syphilitiques
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

*Nous le remercions de l'hon-
neur qu'il nous a fait en accep-
tant de présider notre thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR P. FERNET

Médecin de l'Hôpital Saint-Lazare

*Qui m'a inspiré le sujet de
cette thèse et m'a guidée dans la
composition de ce travail, en
hommage de reconnaissance et
de gratitude.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR HENRI MILHIET

Ex-Chef de clinique chirurgicale
à la Faculté de Paris

Avec toute ma reconnaissance.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNEO.

MONSIEUR LE PROFESSEUR H. MONDOR.

MONSIEUR LE DOCTEUR HALBRON.

EXTERNAT

MONSIEUR LE DOCTEUR GERNEZ.

(In memoriam.)

MONSIEUR LE DOCTEUR MILIAN.

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUILLAIN.

MONSIEUR LE PROFESSEUR RATHERY.

MONSIEUR LE DOCTEUR WEIL-HALLE.

MONSIEUR LE DOCTEUR RIBADEAU-DUMAS.

MONSIEUR LE DOCTEUR FLANDIN.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ
MOULONGUET-DOLERIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR MARCEL FERRAND

(In memoriam.)

INTRODUCTION

La blennorragie chez la femme est une affection extrêmement tenace, n'ayant que peu de tendance à la guérison spontanée et qui évolue vers la chronicité. L'agent pathogène microbien, le gonocoque s'incruste dans des repaires difficilement réductibles. Du point de vue prophylactique et social, la contagion est fonction des réveils intermittents et des poussées évolutives capricieuses de ce dernier. Les moyens employés jusqu'à ce jour pour combattre la blennorragie féminine ont été d'une prodigieuse multiplicité, mais étant très rebelle aux traitements, l'on n'a jamais pu parler de guérison complète. L'apparition de la chimiothérapie sulfamidée a considérablement modifié les conceptions thérapeutiques en matière d'infection gonococcique féminine. Si l'on ne peut encore, parler de guérison totale, elle a incomparablement simplifié et amélioré la technique des thérapeutiques antérieures. Elle n'exclue pas l'association avec certaines d'entre elles, ni les soins locaux. Les résultats ainsi obtenus depuis sont bien supérieurs.

Les sulfamides ont bouleversé le pronostic de l'affec-

tion et par conséquent ont diminué considérablement les risques de contagion en faisant disparaître le gonocoque des voies génitales.

L'indication élective du traitement par ces corps, paraît être les cervicites purulentes avec ou sans métrite corporéale, les complications de la blennorrhagie telles que les bartholinites, skénites urétrites. Lorsque le gonocoque envahit les organes génitaux féminins, il s'incruste dans les glandes très nombreuses à leur niveau. Difficilement délogeable, l'on ne pouvait obtenir sa disparition qu'en détruisant les tissus malades. Les méthodes employées ces dernières années, sont d'un emploi difficile, exigeant parfois une installation fort coûteuse et encombrante, pour l'obtention de résultats plus ou moins parfaits.

Nous ne ferons que citer :

Le traitement médical par les injections vaginales au permanganate de K. 0 gr. 25 à 1 gr. pour mille;

Les pansements vaginaux, traitement local de choix pour les métrites du col, à l'ichtyol au 10^e, au mercurochrome 220 corps ayant un grand pouvoir microbicide sur la métrite blennorragique.

Les moyens thérapeutiques employés directement sur les lésions du col sont :

Les scarifications après badigeonnage au mercurochrome;

Les cautérisations au thermocautère, au galvanocau-

tère. Mais les escarres suivies de lésions scléreuses constituent des cicatrices douloureuses.

Le nitrate d'argent en badigeonnage à 10 % et le Néofilhos sont universellement utilisés.

La diathermo-coagulation est diversement supportée par les malades et il est difficile de mesurer l'effet obtenu.

HISTORIQUE

Il y a longtemps que la chimiothérapie a été introduite dans les médications générales de la blennorragie.

Le copahu, le santal, le bleu de méthylène, le benzoate de soude ont été utilisés, puis la blennorragie féminine a bénéficié des injections de composés arsenicaux tels que le sulfarsénobenzol. Dès 1926, les arsenicaux ont été délaissés pour les composés d'acridine tels que la gonacrine intra-veineuse et la trypaflvine, avec quelques résultats intéressants. La calcithérapie et l'aurothérapie ont été essayées.

Dès la découverte des corps sulfamidés, des recherches ont été faites par M. Durel qui, le premier en France, a montré que les sulfamides avaient une action, non seulement sur le streptocoque, le méningocoque le staphylocoque, mais également sur le gonocoque. Des essais de traitement ont été faits par M. Durel à la consultation de blennorragie du Dispensaire Toussaint-Barthélémy et dans le service de M. Fernet à Saint-Lazare.

Successivement ont été étudié :

Le 1162 F. (para-amino-phényl-sulfamide) ou septoplix

Le 1399 F. di (para-acétyl-amino-phényl) sulfone ou rodinlone. (Thèse de M. Jacques Pellerat, Chimiothérapie sulfamidée ou sulfonée de la blennorragie féminine. 1162 F. et 1399 F.).

Ce traitement était donné par voie buccale.

Diverses posologies ont été employées :

La posologie moyenne pour ces deux produits, ont été de 6 comprimés à 0 gr. 50 par jour en prises espacées, durant une semaine.

4 comprimés par jour, pendant la semaine suivante.

Chez les malades présentant des lésions importantes on peut augmenter d'un gramme par jour et donner :

4 grammes la première semaine;

3 grammes pendant la seconde.

Quelquefois il n'est pas nécessaire de donner les quatre grammes et l'on peut conseiller :

4 comprimés 3 jours;

3 comprimés 4 jours;

2 comprimés 7 jours.

Mais celle qui est généralement admise dans la blennorragie masculine comme dans la blennorragie féminine est la suivante :

6 comprimés 3 jours;

4 comprimés les 3 jours suivants;

2 comprimés les 3 jours suivants;

1 comprimé les 3 derniers jours.

Le plus souvent, le résultat est obtenu dès un premier traitement. Cependant, dans un certain nombre de cas, la guérison n'est pas complète. A plusieurs jours d'intervalle, un second traitement est parfois nécessaire, soit que localement les pertes subsistent, soit que le gonocoque est constaté dans les sécrétions.

Mais il faut reconnaître que, dans bien des cas, la médication par voie buccale n'est pas bien tolérée et, par suite de manifestations plus ou moins bruyantes, elle doit être interrompue.

Avec le 1162 F. on constatait surtout des céphalalgies violentes des troubles digestifs, quelquefois des icères. (Les érythèmes du neuvième jour et la cyanose ont été rares).

Avec le 1399 F. mieux toléré par le tube digestif, la cyanose était au contraire de constatation courante.

Sur 32 cas observés, 17 avaient une cyanose légère, 12 une cyanose plus marquée. Dans trois cas elle était assez impressionnante pour faire interrompre le traitement.

Les travaux américains, puis les recherches françaises montrent que chez les malades soumises à la médication sulfonée, il y a formation de méthémoglobine dans le sang. Cliniquement, l'intensité de la cyanose est proportionnelle aux taux de méthémoglobine trouvés.

L'introduction en France des corps organo-soufrés et sulfamidés ont orienté de nouveau les recherches, dans

une nouvelle direction. Les auteurs américains ont montré l'activité de ces corps dans la blennorrhagie.

Introduit en France par P. Durel, l'activité antigonococcique du α (para-amino-phényl-sulfamido) pyridine ou 693 a été démontré à Saint Lazare.

Il semble jusqu'à présent que c'est ce corps qui donne les meilleurs résultats. Ce dernier, longuement étudié et expérimenté, est entré dans la pratique courante. Bien qu'insoluble il est actif et diffusible. Cependant, son emploi limité à la voie buccale seule est sujet à certaines contingences.

Les résultats étaient inégaux parce que certains malades prenaient mal ou irrégulièrement le médicament (fraude thérapeutique chez certaines prostituées, blennorrhagiques qui tiennent à faire durer l'invalidité). La voie digestive n'est pas toujours tolérée et dans 20 % des cas, le traitement donne lieu, à des nausées, des vomissements, parfois des céphalées violentes. Il est difficile à faire absorber par les femmes enceintes. Aussi l'apparition d'un sel soluble même équivalent au corps insoluble, a fait lever bien des obstacles.

Il a permis :

L'administration contrôlée du médicament là où elle a été difficile.

Le traitement mixte, celui qui remplace ou complète la voie digestive.

L'utilisation directe du produit pour les soins locaux.

C'est l'étude de la thérapeutique des infections gonococcique par injection du 693 que nous exposons dans ce travail.

SOLUDAGENAN

Caractères chimiques.

Le corps 693 est pratiquement insoluble dans l'eau.

On a pu préparer un dérivé sodé qui lui est soluble jusqu'à 50 % à 20°.

Sa formule : α (para-amino-benzène-sulfamido pyridine).

Ce corps est alcalin. Son pH ne varie pas proportionnellement aux variations de concentrations de ses solutions.

On utilise le maximum de concentration compatible avec un pH accepté par les tissus pour que le produit soit injectable. Cette solution aqueuse du dérivé sodé du dagénan est présenté au taux de 25 %, 33 %, 40 %. Pratiquement, nous ne nous servons que du 33 %. Ce taux correspond à peu près à la limite de la tolérance musculaire car le pH de la solution est de 11,4. Le taux de 33 % correspond aussi à l'introduction de la plus forte concentration possible, sous le plus faible volume sans risques pour le tissu musculaire.

3 cc. de la solution contiennent 1 gr. de dagénan sodique.

Caractères biologiques.

Des expérimentations biologiques ont été effectuées, dont le détail a paru dans la presse médicale du 10 juin 1939.

Passage d'une dose unique, administrée par voie intramusculaire chez l'animal : injection de 0 gr. 25 par kg. chez un chien.

Elles ont montré :

— *pour la diffusibilité*

le produit gagne légèrement sur la voie orale.

— *pour la concentration*

le maximum n'a été atteint qu'après 5 ou 6 heures.

24 heures après l'injection, on trouve encore un taux élevé dans le sang.

Au bout du troisième jour, il ne reste plus que de faibles traces du médicament.

Pour l'élimination urinaire :

Après 24 heures 30 à 35 % du produit injecté est éliminé.

Après 3 jours 60 %.

Ensuite, le restant s'élimine rapidement.

Il n'y a pas d'accumulation si les doses sont répétées plusieurs jours de suite.

Caractères cliniques.

Injection unique de un gramme.

30'		1 gr. 80
1 h.	2 gr. 25	
1 h. 15		2 gr.
2 h. 30		2 gr.
2 h. 45	1 gr. 80	
24 h.	0	0 gr. 80

Le 693 injectable passe plus rapidement dans le sang et le liquide céphalo-rachidien que le 693 par voie buccale.

Le taux maximum de concentration est atteint au bout d'une heure environ. Chez une malade, 24 heures après la dernière injection on trouve 1 gr. 80 dans le sang.

Passage dans les urines.

Aux doses courantes, on retrouve dans les urines 60 à 70 % du produit injecté.

Avantages que présente le soludagénan.

Le sel sodique du 693 est un produit soluble parfaitement administrable par voie intra-musculaire.

Pratiquement :

Il intéresse les sujets intolérants au 693 per os, ou lorsque l'on craint que le produit ne soit pas, ou mal ingéré. L'expérience a montré qu'il agit mieux, plus vite est plus actif que le dagénan.

POSOLOGIE

Dans le rapport que MM. Fernet et Durel ont présenté à la conférence de la chimiothérapie de la blennorragie le 6 mars 1939, à la commission de prophylaxie des maladies vénériennes, ils n'avaient signalé que leurs premiers essais suivant la posologie proposée par le Docteur Durel.

Le 693 injectable devait être surtout employé avec le 693 buccal, lorsque les doses fortes ingérées par voie buccale étaient mal tolérées. Autrement dit, le 693 injectable était donné à la dose de 1 gr. 3 cc. de la solution à 33 % étaient injectés chaque jour, alors que l'on diminuait de 1 gr. la dose ingérée. Dans d'autres cas, lorsque la voie buccale n'était pas tolérée (céphalée, troubles digestifs, vomissements) M. Durel avait proposé de faire un traitement intensif uniquement par voie intra-musculaire en faisant les 5 premiers jours du traitement :

Une injection le matin, une injection le soir.

Les 5 jours suivants une seule injection par jour.

Le traitement facile à l'hôpital est difficile lorsque le malade est soigné ambulairement.

Depuis le mois d'octobre, M. Fernet en collaboration avec Mesdemoiselles Ratner et Allinne ont étudié une posologie différente qu'ils ont exposée à la société de dermatologie en décembre 1939.

Ce traitement consiste à faire une seule injection par jour pendant dix jours consécutifs. Et après avoir traité de nombreux cas, ils ont pu conclure que cette médication généralement parfaitement tolérée était active et donne le plus souvent des résultats en tout point comparables et même meilleurs qu'avec le 693 absorbé par voie buccale. Dans quelques cas même, alors que la médication par voie buccale n'avait pas donné les résultats escomptés (persistance d'un écoulement purulent, présence de gonocoques intra ou extra cellulaires) un second traitement fait par injections a amené la guérison. (Voir observation n° 1.) Mais s'il est certain que le 693 injectable a une action manifeste sur les endocervicites et métrites gonococciques, son action est moins brillante dans l'urétrite blennorragique féminine, dans les bartholinites et skénites, véritables repaires où le gonocoque est difficilement détruit et c'est pourquoi, devant les échecs constatés, les auteurs ont essayé les traitements locaux par le soludagénan en instillation dans les glandes et le canal de l'urètre.

Ayant pu suivre de nombreux cas, et ayant constaté les résultats obtenus, nous nous proposons dans cette thèse d'exposer ces questions « Traitement de la bennor-

ragie féminine par les injections intra-musculaires de Soludagénan. En second lieu, les traitements locaux des bartholinites, skénites et urétrites par injections locales de Soludagénan ». Au début, nous l'avons employé chez les malades ayant présenté des intolérances par voie buccale, et dans plusieurs cas ou, pertinemment nous étions persuadé que les comprimés n'étaient pas pris convenablement et régulièrement, ou même dans certains autres n'étaient pas absorbés du tout. On aurait pu croire que le traitement par voie buccale était inopérant car, trop souvent chez les malades de Saint Lazare difficiles à soigner, nous constatons des échecs qui n'étaient pas dus à l'inefficacité de la médication, mais à la non absorption des comprimés. C'est pourquoi le traitement par injections a été généralisé et actuellement, nous pouvons dire que les échecs de la médication sont exceptionnels.

RÉSULTATS

De toutes les parties de l'appareil génital féminin, la localisation utérine est la plus fréquente au cours de la blennorragie. Tenace et décourageante l'affection est due à l'envahissement des glandes de la muqueuse par le gonocoque. L'action microbicide de la chimiothérapie par le 693 soluble en a totalement changé le pronostic. Les plus beaux résultats ont été obtenus dans cette localisation.

La prédominance cervicale étant la règle, nous garderons la classification adoptée par MM. Fernet et Durel à la conférence de Chimiothérapie du 6 mars 1939.

Nous traiterons des

Cervicites blennorragiques;

Cervicites de bactériologie douteuse;

Cervicites à germes banaux.

Nous ferons un chapitre spécial pour les exocervicites érosives bien qu'elles existent rarement seules; elles réclament un traitement local associé au traitement général.

Les malades soumises au 693 injectable ont été des prostituées hospitalisées dans le service du Docteur Fernet à Saint Lazare.

Les examens bactériologiques ont été fait par Mlle Ratner assistante à l'Institut supérieur de vaccine.

LES CERVICITES BLENNORRAGIQUES

Nous classerons dans cette catégorie les endocervicites associées ou non à une exocervicite. Rarement isolée, elle s'accompagne des autres localisations de l'infection gonococcique, surtout d'une urétrite.

Le prélèvement des sécrétions purulentes montrent :

Des cellules épithéliales;

Des gono intra et extra cellulaires;

La gono réaction est positive.

Nous intercalerons dans cette catégorie, les cervicites présentant cliniquement l'allure d'une cervicite blennorragique mais bactériologiquement, on trouve des diplocoque suspects gram négatif.

Les résultats ont été contrôlé cliniquement, bactériologiquement et sérologiquement.

Après avoir administré 1 gramme de 693 soluble par jour, à l'examen des malades le quatrième jour, on trouve :

Cliniquement. — Que les symptômes locaux s'atténuent, les pertes sont de moins en moins abondantes. De purulentes elles se transforment pour devenir mucopurulentes, puis glaireuses.

Vers le huitième jour environ, elles prennent l'aspect de la glycérine et deviennent filantes. Localement le col diminue de volume est moins congestif et tend à prendre son aspect normal. Les ulcérations métritiques changent d'aspect et deviennent moins étendues. Le plus souvent vers le dixième jour les pertes sont taries. Il subsiste parfois un écoulement séreux.

Bactériologiquement. — Le prélèvement des pertes le quatrième jour montre encore la présence de cellules épithéliales. Les gonocoques sont moins nombreux et presque toujours extra cellulaires. Par contre il y a de nombreux cocci.

Un prélèvement le huitième jour montre des cellules épithéliales qui reprennent leurs caractères normaux. Le nombre des polynucléaires diminue. On ne trouve plus de gonos, mais la présence de germes banaux.

N° 1. — D... *Jeanne*.

Entre le 4 août 1939. — Cervico-vaginite intense. Exocervicite hémorragique. Endocervicite importante. Mise au 693 aux doses habituelles 6³ 4³ 2³. Mais règles très abondantes.

17 août. — Ulcération saignante du col.

23 août. — Amélioration mais l'aspect granuleux persiste.

31 août. — Pertes glycélines mais l'exocervicite persiste. Nitrate.

4 septembre. — Pertes abondantes muco-purulentes.

Mise au soludagénan.

Le 7 septembre, après 3 piqûres de soludagénan, grosse amélioration.

Les pertes muqueuses sanguinolentes sont peu abondantes.

Cautérisation du col.

Le 14 septembre il subsiste une très légère exocervicite.

OBSERVATIONS

B... Hélène.

Entrée le 23 février 1939.

Dg de P. P. gono +.

Gros col avec pertes muco-purulentes-exocervicite érosive.

Prélèvement : poly — gono intra et extra cellulaires.

Urètre : prélèvement poly + gonos intra et extra cellulaires.

Mise au 693 buccal. A reçu 6 comprimés puis cinq comprimés. Mal toléré, vomissements.

Mise au 693 injectable le 3 mars 1939, une injection de 3 cc. à 33 % par jour .

Le huitième jour : prélèvement du col : cellules, germes banaux. Prélèvement de l'urètre : cell. germes banaux.

Le neuvième jour érythème morbilliforme.

Le 14 mars 1939 bon état local.

Le 16 mars 1939 sortante.

Brunet Solange.

Revient pour gonos + + le 18 août 1939.

Mise au soludagénan le 20 août, 3 cc. pendant 10 jours.

Le 21 août 1939. Règles abondantes après fausse-couche.

Le 28 septembre. Pertes muco sanguinolentes.

Prélèvements : pas de gonos.

Sortante le 2 octobre 1939.

M... Marie.

Entre le 20 mai 1938 pour écoulement glaireux gonos + +. Endocervicite purulente.

Mise au 1162 F. Présente de la cyanose.

Revient le 23 mars 1939 pour vaginite.

26 mars 1939. — Pertes purulentes. Mise au 693 injectable.

30 mars. — Prélèvement du col : poly, germes banaux.

Revient le 16 juin 1939. Endocervicite marquée. Pertes purulentes abondantes. Prélèvement : pas de gonos.

Mise au 693.

27 juin. — Bon état local. Très légères pertes.

Revient le 23 novembre pour gonococcie.

Reçoit 10 injections de soludagénan.

30 novembre. — Prélèvement gonos + + +.

4 décembre. — Prélèvement : absence de gonos.

P... Andrée.

Entre le 9 décembre 1938 pour légère vaginite. Présence de gonos.

12 décembre. — Endocervicite purulente. Très légère exocervicite.

Mise au 693 injectable.

15 décembre. — Prélèvement : polynucléaires, germes banaux rares, gonos extra-cellulaires. Quelques pertes muco-purulentes.

20 décembre. — Bon état local, pertes glycérine.

22 décembre. — Erythème du neuvième jour, scarlatiniforme. Température 38°5, pas d'angine, langue normale.

Temps de saignement 1' 30".

Temps de coagulation 8'.

28 décembre. — Prélèvement : germes banaux.

L... Fernande.

Entre le 14 avril 1939 pour gonos + +.

Pertes muco-purulentes avec gros col. Kystes. Œufs de Naboth.

17 avril. — Prélèvement : col poly altérés quelques germes banaux. Urètre : cellules épithéliales. Germes banaux.

Mise au 693 mais il est mal toléré. Vomissements, céphalée, tremblement.

20 avril. — Mise au Soludagénan.

27 avril. — Bon état et sortie le 3 mai.

L... Lucia.

Entre le 16 septembre 1939. Prélèvement : gonos + dans les pertes purulentes.

Mise au soludagénan le 18 septembre.

21 septembre. Col en bon état. Prélèvement : pas de gonos.

28 septembre. — Bon aspect. Sortante.

L... Solange.

Entre le 20 février 1939 pour gonococcie.

Examen : col petit, exocervicite discrète, léger bouillon muqueux.

Prélèvement : polynucléaires, cell. germes banaux.

Urétrite et skénite : prélèvement : poly rares gonos extra et intra-cell.

Mise au 693 : 6 comprimés 3 jours. Ne le supporte pas, céphalée, nausée, vomissement.

Le 23 février 1939, mise au Soludagénan.

Le 28 février, très bon état local.

1^{er} mars. — Gono-R négativ.

B... Madeleine.

Entre une première fois pour cervicite. Traitée au 693 le 20 octobre 1938.

Revient le 9 février 1939. Pertes purulentes et exocervicite bien suspectes. Col : prélèvement : diplocoque Gram —. Urètre : prélèvement : germes banaux. Gono réaction négative.

13 février 1939. — Culture à gonos +.

Mise au soludagénan.

Bartholinite droite très purulente : pus verdâtre.

Grosse endo et exo cervicite. Pertes muco-purulentes.

Bartho : prélèvement : poly gonos intra-cell.

16 février. — On injecte la bartho.

21 février. — Les pertes sont moins purulentes.

Gono R. + +.

10 mars. — Prélèvement col : poly germes banaux. Bartho : poly avec germes banaux.

Revient librement le 10 novembre 1939 pour ulcération creusante du col avec pertes abondantes.

13 novembre. — Exocervicite. Prélèvement pas de gonos. Très nombreux germes banaux.

Mise au soludagénan.

24 novembre. — Pertes muqueuses. Nitrage.

27 novembre. — Exo et endo cervicite persistent légèrement.

D...

Entre le 9 décembre 1938 pour gonococcie. Gono-Réaction + +. Prélèvement. Col : poly. Germes banaux, rares gonos extra-cell. Mise au 693, mais cessation pour vomissements.

13 décembre. — Mise au 693 injectable.

15 décembre. — Poly. Quelques germes banaux.

20 décembre. — Bon état local. Prélèvement du col : poly : quelques germes banaux.

22 décembre. — Bon état. Sortante.

F... Armande.

Vient le 21 septembre 1939 pour gonococcie. Mise au soludagénan.

29 septembre. — Grosse exocervicite. Pertes mucopurulentes. Prélèvement pas de gonos.

Sortante le 4 octobre.

B... Arlette.

Entre le 11 mai 1939 pour urétrite et endocervicite purulente. Prélèvement : urètre : poly altérés. Quelques gonos.

Reçoit 5 comprimés de Dagénan. Arrêt pour vomissements.

22 mai. — Mise au soludagénan.

23 mai. — Pertes muqueuses. Prélèvement. Poly. Cell. bacilles gram.

30 mai. — Prélèvement idem.

3 juin. — Pertes muqueuses du col. Sortante.

B... Joffrette.

Entre le 20 décembre 1939 pour une exocervicite avec écoulement purulent.

Pas d'urétrite ni de bartho. Prélèvement. Gonos ++.

21 décembre. — Mise au soludagénan. 10 injections au total.

28 décembre. — Prélèvement : pas de gonos.

CERVICITES DE BACTERIOLOGIE DOUTEUSE

Ce sont les cervicites que l'on ne peut classer de façon certaine parce que le gonocoque intra-cellulaire est absent. On ne trouve que des diplocoques extra cellulaires, mais leur allure clinique est telle, qu'elles ressemblent fort aux cervicites blennorragiques. La gono-réaction est parfois positive.

Après le traitement classique, l'écoulement muco-purulent devient filant, séreux. Dès le dixième jour l'on constate la même amélioration que dans les cervicites plus nettes d'allure. Enfin de traitement la gono-réaction est toujours négative..

OBSERVATIONS

L... Marcelle.

Entre le 5 octobre 1939. Dg. de la P. P. vaginite.

Le 9 octobre 1939. Col déchiré, pertes très abondantes et purulentes. Prélèvement poly + + gonos douteux.

Mise au soludagénan.

Le 12 octobre 1939. — Amélioration.

Le 19 octobre 1939. — Prélèvement — Absence de gonocoques.

Temps de saignement 2' 15".

Temps de coagulation 15'.

Sortante le 25 octobre 1939.

L... Jeanne.

Entrée le 4 août 1939 pour métrite et ulcération.

Légère endocervicite, œufs de Naboth de la lèvre postérieure.

Prélèvements : très nombreux polynucléaires, plusieurs globules rouges, quelques cellules épithéliales bâtonnets et diplocoques gram +.

Le 9 août 1939. — Mise au dagéнан.

Vomissements : arrêt de ce dernier.

Le 10 août 1939. — Mise au soludagéнан et reçoit 5 injections.

17 août 1939. — Prélèvements : rares diplocoques gram +.

L... Lucienne.

Entre le 20 septembre 1939 pour gonococcie.

Examen : skénite et vaginite.

Prélèvements : col et urètre : polynucléaires, germes banaux. Skène : gonos +.

Mise au Soludagénan, 1 injection de 3 cc. durant 10 jours.

25 avril 1939. — Prélèvement de l'urètre : cellules, poly, germes banaux.

27 septembre 1939. — Col légèrement infantile. Tamponnement au flavurol. Albumine : 0.

9 mai. — Col en bon état.

Urètre : léger suintement.

P... Léone.

Entre le 22 septembre 1939. — Grosse exocervicite à bords très limités.

25 septembre 1939. — Prélèvement : pas de gonos.

28 septembre 1939. — Pertes purulentes très abondantes. Prélèvement : gonos douteux.

2 octobre 1939. — Pertes très abondantes.

Mise à la cure de Soludagénan.

5 octobre 1939. — Les pertes sont moins abondantes.

18 octobre. — Bon état. Sortante.

CERVICITES A GERMES BANAUX

Ce sont des cervicites dont les allures cliniques sont moins accentuées que les précédentes. Les sécrétions sont tout au plus muco-purulentes.

Bactériologiquement : On ne trouve pas de gonos mais de nombreux cocci, parfois du colibacille.

A la fin du traitement les pertes sont taries et les prélèvements normaux.

OBSERVATIONS

R... Blanche.

Entre le 19 mai 1939 pour endocervicite et très légère urétrite.

Prélèvement du col : polynucléaires, germes banaux. Quelques diplocoques gram —.

Prélèvement de l'urètre : polynucléaires, germes banaux.

Le 24 mai 1939. — Mise au 693 injectable, et reçoit une injection par jour durant huit jours.

Le 25 mai 1939. — Col en bon état, écoulement muqueux.

Le 30 mai 1939. — Prélèvement : polynucléaires, germes banaux.

Le 1^{er} juin 1939. — Plus de pertes. Sortante.

B... Raymonde.

Entre le 20 octobre 1939 pour métrite subaiguë et vaginite. Prélèvement : pas de gonos.

Mise le 21 octobre 1939 au Soludagénan, 3 cc. par jour durant dix jours.

Le 26 octobre 1939. — Col amélioré, pertes glycérielles.

Sortante le 2 novembre 1939.

B... Raymonde.

Entre le 13 avril 1939 pour érosion du col.

Aspect d'exocervicite granuleuse. Prélèvement : poly + cell. épith., quelques diplocoques extra cell., urètre débris cell.

18 avril. — Mise au 693 ne le supporte pas. Céphalée, nausées, dyspnée.

20 avril. — Mise au soludagénan.

24 avril. — Prélèvement du col. Poly altérés, germes banaux. Nitratage.

27 avril. — Bon aspect du col.

B... Marie-Louise.

Entre le 12 avril 1939. Grosse exocervicite purulente.
Col : prélèvement. Poly. Germes banaux.

14 avril. — Gros col mou granuleux, purulent.

Mise au 693, ne le supporte pas. Arrêt pour vomissements céphalée, légers tremblements.

18 avril. — Pertes légèrement hémorragiques. Col très cyanotique.

Mise au 693 injectable.

27 avril. — Diminution des pertes.

Si l'on ne peut affirmer la guérison complète chez les malades traitées à Saint-Lazare parce qu'elles n'ont pas été suivies suffisamment longtemps pour constater la persistance des résultats obtenus on peut parler d'amélioration considérable.

LES EXOCERVICITES

Nous traiterons dans ce chapitre, les érosions que présentent le col. Elles existent rarement seules, mais associées à une lésion endocervicale qui entretient l'exocervicite.

A l'examen du spéculum on distingue trois formes :

1) *La forme érythémateuse.*

Une zone inflammatoire rouge borde l'orifice du col. Ses contours ont une limite précise.

2) *La forme ulcéreuse.*

La surface de l'érosion présente des lésions plus creuses et qui saignent.

3) *La forme ulcéro-végétante.*

La surface métritique a un aspect végétant boursouflé, l'orifice cervical prend un aspect crénelé. Chez la multipare, le col présente des déchirures et des irrégularités. La muqueuse endocervicale s'extériorise sous forme d'ectropion.

Quel est l'action des sulfamides sur l'état anatomique des lésions.

Nous prenons ici le cas particulier du 693 soluble.

Ce dernier agit sur l'état infectieux de la maladie et agit par la même sur la lésion anatomique. Mais appliqué seul, son action est insuffisante pour assurer l'amélioration locale des lésions. Il agit en ce sens que diminuant puis tarissant les pertes, les érosions s'améliorent, la congestion du col diminue, surtout dans les formes érosives superficielles. Mais dans les formes ulcéreuses et ulcéro-végétantes, un traitement local est secondairement nécessaire.

Nous emploierons électivement :

Les attouchements au nitrate d'argent, ou au flavurol, les badigeonnages à l'ichtyol.

La destruction des tissus se fera par diathermo-coagulation ou Néo-filhos.

F... Marguerite.

Entre pour ulcération du col le 15 septembre 1939.

Mise au Soludagénan le 19 juillet.

21 septembre. — Néo-Filhos.

25 septembre. — Grosse amélioration mais Néo-Filhos sur le bord droit.

28 septembre. — Bon aspect. Nitrate.

2 octobre. — Bon aspect, épidermisation. Nitrate.

F... Eliane.

Entre le 30 octobre 1939 pour ulcérations du col.

Végétations + exocervicite intense avec pertes purulentes. Col saignant. Pas d'urétrite, pas de bartho.

Prend du 693 mais vomissements.

2 novembre. — Mise au soludagénan 3 cc.

Prélèvement très purulent, absence de gonos.

9 novembre. — Exocervicite persiste. Nitratage.

13 novembre. — Cautérisation du col au filhos.

24 novembre. — Amélioration, attouchement du col au flavurol. Nitratage.

27 novembre. — Bon état.

B... Pauline.

Entre le 14 octobre 1939 pour cervicite.

23 octobre. — Mise au soludagénan. Présente une très légère exocervicite surtout la lèvre postérieure du col. Prélèvement : présence de gonos, pas de bartho, pas d'urétrite.

26 octobre. — Pertes muco-purulentes. Nitratage.

2 novembre. — Aucunes pertes.

BLENNORRAGIE DE LA FEMME ENCEINTE

Cette dernière réagit fort bien à l'action du 693 soluble, cette autre voie d'introduction ayant supprimée les incidents digestifs plus fréquents chez elle.

Les résultats obtenus sont identiques. Mais les traitements locaux par diathermo-coagulation et les néo-filhos étant interdits, il est certain que le soludagénan peut faire disparaître l'infection gonococcique, mais que les lésions du col sont persistantes. Elles peuvent guérir spontanément après l'accouchement ou au contraire doivent être traitées par les moyens habituels si elles existent encore.

LES INCIDENTS

Le 693 soluble est susceptible de donner des incidents peu fréquents et sans gravité.

A Saint-Lazare où le traitement est appliqué sous surveillance et avec régularité, aucun d'entre eux n'étaient assez importants pour le faire interrompre.

Les injections faites chaque jour sont bien supportées, ce qui donne un résultat remarquable et l'on ne constate pour ainsi dire plus d'échecs.

Cependant il faut signaler que :

Le soludagénan donne parfois des érythèmes type biotropiques tels qu'on les rencontre le neuvième jour avec le novarsénobenzol et les sulfamides par voie buccale.

Ils s'accompagnent parfois d'une petite poussée thermique à 38° $38^{\circ}5$. Les éléments sont morbilliformes ou scarlatiniformes. L'évolution est bénigne et ne dure que deux ou trois jours.

Troubles divers.

Il donne parfois de rares céphalalgies. Elles sont combattues par l'aspirine. A Saint-Lazare, sur 50 observations, l'on a constaté un cas de vomissements chez une

femme enceinte de 4 mois. Nous répétons ici, que le gros avantage du 693 injectable est d'avoir supprimé les troubles digestifs sérieux et fréquents qu'occasionnait le 693 per os et qui devait en faire cesser l'emploi dès leur apparition. Nous signalons de même, que les injections parentérales doivent être faites profondément, sinon l'alcalinité de la solution donne des douleurs et parfois des rougeurs de la fesse. Il y a danger d'escarres.

Il n'a pas été constaté de cyanose, ni d'ictère.

Des examens de sang n'ont pas montré de troubles de la crase sanguine. Signalons cependant quelques cas, où les règles sont plus abondantes, d'autres où les injections de Soludagénan font avancer l'époque menstruelle.

Des numérations globulaires et des formules leucocytaires pratiquées chez 17 malades par Mlle Ratner ont montré que :

Le nombre de globules rouges ne varie pas, et même chez 3 malades a présenté une augmentation due probablement au repos et à la suralimentation.

Aucun cas de leucopénie n'a été constaté;

La formule leucocytaire n'a présenté que peu de variations;

Dans 3 cas le nombre des polynucléaires s'est abaissé de 70 % à 50 % et, dans deux cas éosinophilie à 7 %;

Des examens d'urine pratiqué après traitement ont été normaux. Il n'y a jamais d'albumine;

L'urée sanguine est normale.

Conclusions.

Nous n'avons jamais vu d'intolérance avec le 693 injectable. Les menus incidents auxquels il donne lieu n'oblige jamais la cessation du traitement, lorsque les malades sont surveillées et au repos.

REPRISE DE L'INFECTION

Il est parfois nécessaire de faire suivre le premier traitement d'un second traitement après un intervalle de huit jours.

Il est beaucoup plus difficile de faire la part d'une rechute ou d'une réinfection, lorsque la malade sortante, revient de nouveau avec un écoulement purulent ou des gonocoques dans les sérosités. Mais l'on constate habituellement que cette reprise de l'infection est toujours beaucoup moins grave, moins accentuée que l'initiale. Il suffit de faire une seconde série de 693 soluble pour obtenir des résultats semblables à la première.

BLENNORRAGIE ET SYPHILIS

Il arrive souvent dans les milieux de prostituées, que nous ayons à traiter une blennorragie et une syphilis à la fois. Si la syphilis se manifeste par un accident primitif, ou des accidents secondaires, il est de toute nécessité de faire passer le traitement de cette dernière par les arsénobenzols avant le traitement de la blennorragie par

les sulfamides. On profite d'une période de repos pour donner celles-ci. Mais il ne faut jamais faire les deux traitements à la fois.

Si la syphilis est déjà ancienne, on peut faire conjointement le traitement sulfamidé et bismuthique. (Pautrier, Pinard et Fernet).

DUREE D'HOSPITALISATION

Avant la découverte de l'action des corps organo-soufrés et sulfamidés sur le gonocoque, la durée d'hospitalisation des femmes variait de un à trois mois en moyenne.

Même après l'application des traitements couteux en vigueur les résultats étaient alléatoires et décourageants. Avec le traitement par le 693 soluble, la durée moyenne d'hospitalisation est de 14 à 15 jours. Les femmes le sachant, viennent se faire traiter plus facilement. La contagion est en voie de régression depuis qu'il est possible de faire disparaître le gonocoque des foyers habituels.

Grâce à ce traitement, nous avons pu hospitaliser librement des malades qui acceptaient l'hospitalisation durant le temps de la cure. Donc il est d'un grand intérêt économique et social.

TRAITEMENT DES BARTHOLINITES, SKENITES, URETRITES

Chez la femme, le gonocoque affectionne certains repaires qui constituent des foyers microbiens très difficiles à réduire, redoutables par leur chronicité, décourageants par leur résistance, aux thérapeutiques habituelles. De plus les poussées dont ils sont le point de départ sont capricieuses et la contamination d'autant plus grande qu'elle est ignorée. Ces foyers sont l'urètre, les glandes de skène, les glandes de bartholin. Nous étudierons dans ce chapitre, le traitement de ces foyers par le 693 soluble en injections intra-musculaires associées aux soins locaux par cette même sulfamide et actuellement nous considérons qu'il constitue la meilleure façon de traiter ces complications de la blennorragie féminine.

HISTORIQUE

Auparavant le traitement de ces différents foyers étaient extrêmement délicats.

La bartholinite aiguë au début bénéficiait de pansements vulvaires, de grands lavages au bock. Si le pus était

collecté, une incision au bistouri était pratiquée sous un jet de chlorure d'éthyle. Mais souvent on n'arrivait pas à éviter la fistulisation.

L'ablation de la glande de bartholin était une opération courante dans les bartholinites chroniques, mais elle donnait lieu à des complications consécutives, a de sérieuses difficultés.

Ces dernières années, on a voulu modifier le traitement classique en faisant pour la bartholinite aiguë une ponction évacuatrice suivie d'une vaccination intra-glandulaire.

Le traitement des skénites se réduisait à la destruction de la glande par électro-coagulation.

L'action des corps organo-soufrés (1162 F. et 1399 F.) s'est montrée fréquemment inopérante sur ces nids ou le gonocoque est difficilement délogeable. On associa les injections locales au traitement par voie buccale (injections ou instillations de flavurol, de nitrate d'argent). Parfois l'amélioration était nette, mais souvent l'inefficacité évidente.

De même, les sulfamides données par voie buccale ou injectées ont donné beaucoup d'échecs. MM. Fernet et Durel ont institué à Saint-Lazare les soins locaux associé au traitement général par le 693 soluble. Après de nombreux essais, les résultats recueillis sont excellents et durables.

TECHNIQUE

Bartholinite aiguë.

I. — Dans un premier cas, il y a ouverture spontanée et on injecte, après avoir exprimé la glande pour faire sortir le pus, une quantité de Soludagénan variable suivant le volume de la lésion.

II. — *Il n'y a pas ouverture spontanée.*

La suppuration est nette. Si la glande est fluctuante, avec une seringue et une aiguille d'assez gros calibre, on aspire le pus complètement, puis sans retirer l'aiguille, on injecte alors une quantité de soludagénan égale à la quantité de pus qui a été aspiré.

Dans quelques cas, nous avons obtenu une guérison dès ce seul traitement. Dans d'autres cas il a fallu reponctionner la glande et refaire une nouvelle injection.

Bartholinite chronique.

Le traitement consiste à cathétériser, avec une aiguille mousse, légèrement courbe, le canal de la glande de bartholin opération minutieuse, mais qui dans la plupart des cas est relativement facile. Ou bien, en comprimant la glande, il s'écoule quelques gouttes de pus par l'orifice de l'aiguille, ou bien il ne s'écoule rien.

Dans les deux cas :

On instille très doucement avec une seringue, quel-

ques gouttes et quelquefois jusqu'à 1 cm³ de soludagénan. Ces instillations sont répétées chaque jour mais le plus souvent, après la deuxième, troisième, quatrième, le liquide purulent ou la sérosité purulente deviennent limpides. La recherche du gonocoque est négative. Il nous semble que dans les urétrites, il y a tout intérêt à instiller dans le canal de l'urètre quelques gouttes de 693 injectable.

Ces instillations semblent donner de meilleurs résultats que l'instillation classique de nitrate d'argent au 100. La technique est la même dans le traitement des skénites que dans le traitement des bartholinites. Les instillations de soludagénan dans les glandes de skène nous ont donné des guérisons rapides et rarement, devant l'échec, nous avons été amené à détruire les glandes par électro-coagulation.

G... Camille.

Entre le 6 39 pour bartholinite gauche. Gono-réaction + +.

Col gros, pertes glycélines. Prélèvement : poly.

Bartholinite gauche suppurée : prélèvement : diplocoques suspects.

On l'injecte chaque jour avec le 693 injectable à 33 %.

Le 9 janvier 1939, on donne du 693 buccal.

Le 13 janvier 1939, la glande droite donne une séro-sité. Prélèvement : poly, germes banaux.

Le 19 janvier 1939, a reçu 6³ 4³ 2³.

Bon état.

M...

Entre le 8 février 1940 pour bartholinite.

Examen : bartholinite gauche. Glande très volumineuse, s'est ouverte spontanément. Ecoulement très purulent, prélèvement : bartho : présence de gonos, col : absence de gonos.

Injection locale de soludagénan.

12 février 1940. — Grosse amélioration. Ecoulement séreux. Prélèvement : germes banaux.

F... Hilda.

Entre le 30 novembre 1939 pour bartholinite gauche et pour cervicite.

Le 3 décembre 1939. — Bartholinite droite purulements : bartho gonos douteux. Col : pas de gonos.

Pas d'urétrite.

Injection de soludagénan dans les glandes de Bartholin.

7 décembre. — Bartholinite droite toujours purulente. Reçoit 10 injections de Soludagénan.

18 décembre. — Bon état sortante.

S... Denise.

Entre le 10 novembre 1939 pour cervicite.

13 novembre 1939. — Bartholinite droite. Glande volumineuse qui n'a pas l'air de se drainer. Exocervicite: pertes purulentes très abondantes. Prélèvement : col : absence de gonos. Bartho : présence de quelques gonos.

Mise au 693 buccal. Présente des vomissements.

16 novembre 1939. — Mise au soludagénan aux doses habituelles. Ponction de la glande de Bartholin droite. On retire un liquide purulent abondant. Injection dans la glande du soludagénan.

30 novembre 1939. — La glande n'est plus perceptible.

Nitratage du col.

3 décembre 1939. — Nitratage.

4 décembre. — Sortante.

Entre le 27 février 1940.

Prélèvement du col absence de gonos.

29 février 1940. — Skénite droite. Mise au 693 buccal et reçoit 6 comprimés. Arrêt pour vomissement et céphalée. Reçoit alors 7 injections de soludagénan. Instillations locales de Soludagénan dans la glande de Skène.

11 mars 1940. — Sortante.

B... Charlotte.

Entre le 15 février 1940 pour cervicite et Bartholinite droite.

19 février. — Prélèvements présence de gonos.

21 février. — Injections locales de la bartholinite.

Mise au soludagénan par voie parentérale.

22 février. — Prélèvement absence de gonos.

29 février. — Plus d'écoulement au niveau de l'orifice de la glande.

7 mars. — Pertes muqueuses abondantes. Irritation de la muqueuse génitale. Nitrage du col.

11 mars. — Ichtyol. Sortie.

M... Gysèle.

Entre le 2 novembre 1939 pour cervicite, urétrite. Skénite gauche avec écoulement purulent abondant.

Examen : pertes purulentes. Exocervicite, œufs de Naboth. Col extrêmement saignant. Prélèvement de la glande de Skène : présence de gonos.

Enceinte de 2 mois. Mise au soludagénan et reçoit 10 injections.

9 novembre 1939. — Pertes muco-purulentes.

16 novembre 1939. — Pertes très peu abondantes. Écoulement absolument séreux par l'urètre. Prélèvement : pas de gonos.

M... Victorine.

Entre le 10 novembre 1939 pour bartholinite gauche avec écoulement séreux. Pas d'exocervicite, mais bouchon

purulent. Prélèvement : Col et bartho gauche : présence de gonos.

Reçoit pour la première fois du soludagénan aux doses habituelles.

23 novembre 1939. — Bartho gauche : prélèvement pas de gonos.

OBSERVATIONS

L... Marguerite.

Entre le 22 décembre 1939 pour une urétrite et skénite.

Prélèvement au niveau de la glande de Skène. Cellules, polynucléaires, quelques gonos.

Mise au Soludagénan le 26 décembre 1939 et reçoit 10 injections.

Le 28 décembre 1939. — Instillations dans la glande de Skène et dans l'urètre.

Sortante le 4 janvier 1940. On ne trouve pas de gonos dans les sécrétions.

G... Antoinette.

23 février 1939. — Vient pour vaginite et pertes abondantes.

Mise au 693 injectable.

26 février 1939. — Cliniquement on constate un très bon résultat du 693 injectable.

Sortante le 10 mars 1939.

Revient le 6 juillet 1939 pour très légère vaginite avec très rares gonos.

Prélèvements au niveau du col : pas de gonos. Prélèvements au niveau de l'urètre : rares gonos.

Soins de l'urètre au 693 injectable.

Le 12 juillet 1939, on ne trouve plus que des cellules et des germes banaux.

Sortante le 13 juillet 1939.

CONCLUSIONS

De l'étude que nous avons faite du 693, le traitement de la blennorragie féminine, autrefois si désespérant a bénéficié grandement de la chimiothérapie sulfamidée ou sulfomido-pyridinée. Seule ou associée à un traitement local, cette médication donne aujourd'hui, des résultats très nets et qui paraissent durables. Malheureusement dans quelques cas, la médication par voie buccale est mal tolérée et provoque à des incidents qui nécessitent souvent son interruption. Dans les milieux où nous avons étudié les traitements par voie buccale, trop fréquemment, en raison des troubles digestifs légers, des céphalalgies violentes, le médicament n'était pas absorbé régulièrement, ou n'était pas pris du tout. Nous avons des échecs qui ne pouvaient être mis sur le compte de la chimiothérapie sulfamidée.

Depuis que les sulfamido-pyridines ont été préparé en solution injectable, nous constatons beaucoup moins d'échecs thérapeutiques.

I. — Les injections de soludagénan sont parfaitement bien tolérées dans la plupart des cas.

II. — Il nous faut signaler quelques réactions locales légères, si les piqûres ne sont pas faites strictement musculaires, et des réactions générales de peu d'importance, qui consistent en érythèmes du neuvième jour.

III. — La posologie que nous avons employé est la suivante :

Injection quotidienne pendant 10 jours de 3 cc. de la solution de soludagénan à 33 %.

Les examens bactériologiques fait après traitement, montre la disparition du gonocoque dans 85 % des cas.

IV. — En cas d'échecs, un second traitement après quelques jours de repos peut être pratiqué.

V. — Lorsqu'il y a eu échec après traitement buccal, dans quelques cas, il nous a semblé que les injections de 693 injectable ont amené au contraire la guérison.

VI. — Dans le traitement des bartholinites, skénites, urétrites, véritables repaires a gonocoques de la blennorragie féminine un traitement local associé au traitement général nous a donné les meilleurs résultats.

Dans les bartholinites aiguës, dans les bartholinites chroniques, dans les skénites et urétrites, instillations dans la glande et le canal de l'urètre.

VII. — Au point de vue prophylactique, la médication sulfamidée donne certainement des résultats qu'aucune autre méthode antérieure n'avait pu fournir.

Au point de vue social cette médication permet de

réduire de plus de moitié la durée moyenne d'hospitalisation. Elle permet d'envisager la lutte contre la blennorragie avec plus d'espoir car les résultats paraissent plus durables, et obtenus plus rapidement qu'avec les méthodes habituelles.

Vu

Le Doyen :
TIFFENEAU

Vu

Le Président de la Thèse :
GOUGEROT

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris
ROUSSY

BIBLIOGRAPHIE

MM. P. FERNET et P. DUREL avec la collaboration de
MM. P. COLLART et J. PELLERAT, de Mlles RATNER
et ALLINE.

1. — *Conférence de la chimiothérapie de la blennorragie*, 6 mars 1939. Traitement de la blennorragie chez la femme par la chimiothérapie interne.
 2. — P. DUREL, B.-N. HALPERN, P. DUBOST et Mlle ALLINE. — Passage dans le sang, dans le liquide céphalo-rachidien et dans les urines de l'a (p.-amino-phényl-sulfamido) pyridine. *Presse médicale* le 10 juin 1939.
 3. — Thèse de M.-J. PELLERAT 1938. — Chimiothérapie sulfamidée ou sulfonée de la blennorragie féminine (1162 F. et 1399 F.).
-

TABLE DES MATIERES

Introduction	11
Historique	14
Soludagénan	19
Posologie	22
Les Cervicites blennorragiques	26
Cervicites de bactériologie douteuse	35
Cervicites à germes banaux	38
Les Exocervicites	41
Blennorragie de la femme enceinte	44
Les Incidents	45
Reprise de l'infection	48
Blennorragie et Syphilis	48
Durée d'hospitalisation	49
Traitement des Bartholinites, Skénites, Urétrites ..	50
Conclusions	59
Bibliographie	62

Imprimé par R. FOULON
29, rue Deparcieux, Paris XIV^e
